

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 686

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice DAUDIER

Né le 1^{er} Janvier 1911, à Étain (Meuse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES DES FOSSES NATALES

Président : F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Maurice DAUDIER

Né le 1^{er} Janvier 1911, à Étain (Meuse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MIXTES DES FOSSES NASALES

Président : F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de gratitude
pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MAURICE LALLEMANT

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Bretonneau

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse. En témoignage
de notre respectueux attache-
ment et de notre profonde gra-
titude pour l'intérêt qu'il nous
a toujours porté et pour l'en-
seignement et les conseils
qu'il nous a prodigués.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Hommage de notre vive admiration et de notre profonde reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR M. BOUCHET

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis

Hommage de notre reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service.

A M. LE DOCTEUR CHATELLIER

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR LEMARIEY

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. MAY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT.

INTRODUCTION

Un cas de tumeur mixte des fosses nasales, que nous ont permis d'observer MM. GRIVOT et LALLEMANT, nous a donné l'idée de prendre comme sujet de notre thèse l'étude des tumeurs mixtes de cette région.

Cette étude nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

C'est en premier lieu le caractère exceptionnel de la localisation de ce type de tumeur, d'où résulte la difficulté toute particulière du diagnostic.

D'autre part, puisqu'elles sont vraisemblablement développées aux dépens des glandes séreuses de la muqueuse pituitaire, ces tumeurs mixtes présentent la même constitution histologique que les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Mais cette identité de structure ne nous semblait pas devoir entraîner fatalement une identité clinique aussi absolue, et nous nous demandions si cette localisation spéciale n'imprimait pas aux tumeurs mixtes des caractères qui permettent de les opposer aux tumeurs salivaires. Aussi avons-nous recherché les différentes observations de tumeurs mixtes des fosses nasales qui ont

été publiées. Nous avons pu en réunir neuf cas, pour en faire ensuite la synthèse clinique.

D'un autre point de vue, tout théorique, se pose le problème si discuté et d'une portée beaucoup plus générale de la pathogénie des tumeurs mixtes. Ce problème reste, en effet, le même qu'il s'agisse d'une localisation parotidienne, sous-maxillaire, buccale ou naso-pharyngée. Cependant, en examinant le siège si spécial des tumeurs qui nous occupent, peut-être trouverons-nous des arguments en faveur de l'une ou de l'autre des nombreuses théories émises.

En ce qui concerne les tumeurs mixtes des fosses nasales, nous nous demanderons quelle est leur signification réelle et quel est leur degré de malignité, questions primordiales qui intéressent le pronostic et le traitement.

Le plan de notre travail sera donc le suivant :

1^o Nous rappellerons brièvement l'anatomie des fosses nasales et l'histologie de la muqueuse pituitaire.

2^o Nous relaterons ensuite les observations qui nous ont servi de base pour l'étude clinique et évolutive des tumeurs mixtes des fosses nasales.

3^o Dans une troisième partie nous exposerons l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces tumeurs, abordant ainsi la question de la nature des tumeurs mixtes.

4^o Enfin le traitement nous apparaîtra comme le corollaire et la conclusion de ces considérations.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Les fosses nasales se développent aux dépens des bourgeons faciaux qui sont des formations ectodermiques. Les bourgeons nasaux et les bourgeons maxillaires sont d'abord séparés par une fente nasale. Puis, par suite de la soudure des bourgeons nasaux aux bourgeons maxillaires, cette fente est dédoublée en narines et choanes primitives. A ce stade, elle communique largement avec la cavité buccale par une perforation naso-palatine. Celle-ci sera obturée assez tardivement par les bourgeons palatins.

De la paroi des bourgeons faciaux dérive l'épithélium des fosses nasales et de ses glandes.

C'est dans le mésenchyme sous-épithélial que se développent les cornets latéraux.

Enfin, il existe de chaque côté de la cloison nasale une fossette paire, l'organe de Jacobson, qui renferme un épithélium olfactif relié au bulbe olfactif par un rameau nerveux. Chez l'homme, ce n'est plus qu'un organe résiduel.

RAPPEL ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

Le squelette de la fosse nasale comprend 4 parois et 2 orifices :

L'orifice antérieur a la forme d'un triangle à base inférieure, circonscrit par le bord antérieur des maxillaires, en dehors et en bas, et par les os propres du nez, en haut ; il est commun aux deux fosses nasales.

L'orifice postérieur ou choane est en réalité un canal cylindrique, légèrement aplati et à parois irrégulières. Il est limité en dedans par le bord postérieur du vomer, en dehors par l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, en bas par le bord postérieur de la lame horizontale du palatin, et en haut par le corps du sphénoïde. Du fait des dimensions relativement restreintes de cet orifice choanal, on conçoit qu'il puisse être rapidement obstrué par toute tumeur bénigne ou maligne de la fosse nasale.

La paroi interne est constituée par la cloison des fosses nasales. Sa partie supérieure est constituée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, mince et parfois déhiscente. Sa partie inférieure est formée en arrière par le vomer qui s'articule en haut avec le sphénoïde, en bas avec la crête nasale et en avant avec la

lame verticale de l'ethmoïde, en avant par le cartilage de la cloison.

La cloison est presque toujours déviée latéralement. Sa relative minceur explique qu'elle soit facilement déviée ou perforée par une tumeur qui la refoule dans sa croissance.

La paroi externe est la plus complexe et la plus importante. Elle comprend deux segments : un inférieur, sinusien, qui répond à la base du maxillaire supérieur, et un supérieur, orbitaire, qui répond aux masses latérales de l'ethmoïde.

La base du maxillaire supérieur présente sur sa face interne le vaste orifice du sinus maxillaire qui est rétréci d'une part par des formations osseuses (cornet inférieur, unguis, lame verticale du palatin), d'autre part par la muqueuse pituitaire. Cette cloison osseuse inter-sinuso-nasale est mince et parfois déhiscente.

Les masses latérales de l'ethmoïde, de forme grossièrement cuboïde, présentent une face interne ou lame des cornets, qui forme la paroi externe et supérieure de la fosse nasale, et d'où se détachent le cornet moyen, obliquement dirigé en bas et en avant, et, à un niveau supérieur, les troisième, quatrième et parfois cinquième cornets. Rappelons également, sur cette paroi externe, l'existence de la bulle et de l'apophyse unciforme.

La paroi inférieure est formée dans ses trois-quarts antérieurs par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, dans son quart postérieur par la lame hori-

zontale du palatin. Épaisse et résistante, cette paroi forme une barrière pratiquement infranchissable par l'extension d'un néoplasme.

La paroi supérieure comprend quatre segments :

— Un plan ascendant en arrière, formé par la face inférieure des deux os propres du nez. Toute intervention portant sur ce segment doit commencer par la résection de l'os propre correspondant ;

— Un segment horizontal formé par la lame criblée de l'ethmoïde ;

— Un troisième segment, vertical, répondant à la paroi antérieure du corps du sphénoïde, sur laquelle s'ouvre l'orifice du sinus sphénoïdal ;

— Un dernier segment, horizontal, formé par la paroi inférieure du corps du sphénoïde.

Un plan muqueux, la pituitaire, recouvre tout le squelette ostéo-cartilagineux et se continue avec la muqueuse des cavités annexes. Sa couleur, en rapport avec le degré de vascularisation, varie selon les points considérés. Au niveau de la cloison, elle est rouge, car richement vascularisée. Sur le plancher, elle est rouge et assez épaisse. Au niveau de la voûte, elle est mince et peu vascularisée, mais par contre très riche en éléments sensoriels. Sur la paroi externe, elle est riche en tissu vasculaire érectile et détermine ainsi la formation des cornets et des méats. Cette richesse vasculaire est maxima au niveau du cornet inférieur.

Dans le méat inférieur, compris entre le cornet inférieur et la cloison inter-sinuso-nasale, s'ouvre le

canal lacrymo-nasal. Dans le méat moyen se trouvent l'orifice du sinus maxillaire et l'orifice du canal naso-frontal. Dans le méat supérieur s'ouvrent les cellules ethmoïdales.

Rappel histologique. — Structure de la pituitaire et de ses glandes.

La muqueuse pituitaire est peu épaisse, de 1 à 3 millimètres environ, elle s'amincit encore dans les cavités accessoires. Elle adhère au squelette et se compose de deux couches, séparées par une membrane hyaline, la membrane basale :

a) La couche profonde ou chorion, tissu conjonctif riche en cellules et pauvre en fibres conjonctives et en fibres élastiques, contient un tissu lymphoïde très développé et particulièrement abondant dans le méat inférieur.

b) La couche superficielle est un épithélium cylindrique cilié dans toute son étendue. Au-dessous de ces cellules cylindriques ciliées, se superposent plusieurs couches de cellules épithéliales arrondies ou ovalaires dont les plus profondes reposent sur la membrane basale. Ce sont les cellules basales.

Dans la région olfactive, les cellules cylindriques superficielles sont dépourvues de cils. En outre, il y a à ce niveau des cellules nerveuses particulières : les cellules olfactives, à noyau volumineux sphérique ou ovalaire, autour duquel est disposée une mince couche de protoplasme.

Glandes. — La muqueuse pituitaire est très riche en glandes dont la structure rappelle celle des glandes salivaires et qui font partie du même système glandulaire régional que ces dernières.

L'épithélium envoie, dans la profondeur, des invaginations où débouchent les canaux excréteurs de glandes tubulo-acineuses. Les canaux excréteurs sont revêtus de cellules cylindriques ou cubiques. Les acinis glandulaires, ramifiés et pelotonnés dans le chorion, sont tapissés par des cellules muqueuses.

A disposition en grappes dans la zone respiratoire, où elles sont formées de cellules séreuses et muqueuses, ces glandes de la pituitaire prennent un aspect un peu particulier dans la zone olfactive, où elles se rapprochent des glandes tubulées avec une seule couche de cellules épithéliales renfermant des granulations pigmentaires.

Ces glandes sont très nombreuses dans la pituitaire des fosses nasales. Elles sont rares ou même absentes dans les cavités accessoires. D'où la rareté des tumeurs mixtes à point de départ sinusal. Ces glandes sont de dimensions très variables : les unes sont petites et superficielles ; les autres, volumineuses, pénètrent profondément dans le chorion.

Vaisseaux et nerfs. — A l'intérieur de la pituitaire existe un riche réseau vasculaire et nerveux.

Artères. — Les artères des fosses nasales sont :

Les artères ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'artère ophtalmique.

La sphéno-palatine (branche terminale de la maxillaire interne) qui, à sa sortie du trou sphéno-palatin, se divise en deux branches : interne et externe.

La palatine supérieure, branche de la maxillaire interne.

La ptérygo-palatine, branche de la maxillaire interne.

Les veines, satellites des artères, naissent d'un réseau muqueux très abondant.

Les lymphatiques se jettent dans les ganglions rétropharyngiens et dans les ganglions internes de la chaîne sterno-mastoïdienne. Ceux du nez gagnent les ganglions sous-maxillaires.

Nerfs. — Le nerf olfactif a ses filets d'origine dans la partie supérieure des fosses nasales.

Le nerf sphéno-palatin, par ses rameaux nasaux supérieurs, nasopalatin, ptérygopalatin et palatin antérieur, donne la sensibilité de la plus grande partie des fosses nasales, sauf de la partie antérieure, qui est innervée par le nerf nasal interne, branche terminale interne du nerf ophtalmique.

Physiologiquement, les fosses nasales se divisent en deux étages :

1^o Un étage inférieur respiratoire, richement vascularisé, qui réchauffe et humidifie l'air inspiré. Les tumeurs de cet étage attirent de bonne heure l'at-

tention du malade par l'obstruction nasale et les épistaxis qu'elles déterminent. D'autre part, l'examen en est facile, surtout après rétraction des cornets à la cocaïne-adrénaline.

2° Un étage supérieur ou olfactif, très réduit, séparé de l'étage inférieur par une fente antéro-postérieure étroite, située dans un plan transversal passant au niveau du bord libre du cornet moyen. Cet étage olfactif est difficilement accessible à l'examen et constitue une zone relativement silencieuse des fosses nasales.

ÉTUDE CLINIQUE

Généralités

Fréquence. — Les tumeurs mixtes des fosses nasales sont d'une rareté quasi exceptionnelle. C'est ce qui explique que le diagnostic n'en soit pratiquement jamais fait que par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, ou par la biopsie pré-opératoire.

Dans les statistiques portant sur les localisations diverses des tumeurs mixtes, les fosses nasales font régulièrement défaut, si on excepte une statistique de DA COSTA, ne réunissant cependant que six cas :

Amygdale 1.

Nasopharynx 2.

Maxillaire supérieur 1.

Région carotidienne 2.

Par ordre de fréquence décroissante :

Les tumeurs mixtes des grosses glandes salivaires, et surtout de la parotide, où elles sont d'observation courante, arrivent au premier rang ;

Ensuite viennent les tumeurs mixtes buccopharyngées dont le siège d'élection est la voûte palatine

et le voile du palais. Celles des joues, des lèvres et de la paroi latérale du pharynx sont déjà beaucoup plus rares.

Au troisième rang, on observe des tumeurs mixtes des glandes lacrymales. VERHOLF en avait réuni 5 cas ;

Enfin, au niveau des fosses nasales, on peut rencontrer des tumeurs qui rentrent dans le cadre des tumeurs mixtes et présentent une structure identique à celle des tumeurs parotidiennes. Comme ces dernières, elles peuvent prendre les aspects les plus variés : acino-canaliculaire, pseudo-cylindromateux, myxochondroïde, etc... Les publications que nous avons consultées, tant françaises qu'étrangères, ne portaient que sur des faits isolés et les auteurs insistaient toujours sur le caractère exceptionnel de leur observation.

Le siège de la tumeur est variable. Sur les neuf observations que nous avons réunies, six avaient leur point d'implantation sur la paroi externe (dont une était développée sur le cornet moyen, deux dans le méat moyen, une dans le méat inférieur, une autre avait son point de départ dans le sinus maxillaire), deux sur la cloison nasale, et une sur la choane.

L'étiologie des tumeurs mixtes des fosses nasales, comme celle de toutes les tumeurs mixtes, est obscure. Ni l'hérédité, ni les influences extérieures (traumatisme, irritation chronique) ne peuvent être envisagées comme cause déterminante ou favorisante. Cependant, dans une observation de DIGGLE, le malade

avait commencé à ressentir des troubles d'obstruction nasale quelque temps après un traumatisme ayant porté sur le nez et ayant déclenché une épistaxis abondante. De même, la malade de MM. GRIVOT et LALLEMANT faisait coïncider le début de sa gêne nasale avec une injection lipiodolée par voie nasale. Enfin, dans l'observation de OROSCO et QUIROGA, le malade attribue son affection à un traumatisme violent appliqué sur le nez. En réalité, ces faits isolés ne présentent pas de valeur pratique.

Sexe. — Quelle est l'influence du sexe ?

1^o Les statistiques des tumeurs mixtes en général, quelle que soit la localisation, montrent, pour certains auteurs, que le sexe féminin semble avoir la prédominance. Mais MARTIN, après un examen attentif des cas publiés, arrive à la conclusion qu'il n'y a aucune prédilection pour l'un ou l'autre sexe.

2^o En ce qui concerne la parotide, les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes, pour LENORMANT.

3^o Dans nos observations de tumeurs mixtes des fosses nasales, nous voyons également que sur neuf cas, sept hommes ont été atteints pour deux femmes.

Age. — L'opinion courante selon laquelle les tumeurs mixtes se développent plus souvent chez les jeunes sujets ne semble pas prouvée. En effet, dans une série de cas colligés par STURGIS, 50 % se produisent après l'âge de 40 ans et 35 % surviennent après 50 ans. Cependant WOOD rapporte un cas de

tumeur mixte chez un nourrisson de 7 mois et WAGENER cite une tumeur sublinguale chez un nourrisson de 5 semaines.

Dans les observations de tumeurs mixtes des fosses nasales, nous voyons que le maximum de fréquence se place après 40 ans. Le plus jeune malade était âgé de 14 ans. Les autres avaient respectivement 37, 38, 40, 45, 49, 53, 53, 62 ans.

Généralement, d'ailleurs, les sujets consultent pour une augmentation de volume d'une tumeur qui existait déjà depuis un temps plus ou moins long. Toutefois, du fait de la localisation dans les fosses nasales, les troubles mécaniques sont en général assez rapidement marqués pour inquiéter le malade et l'amener à consulter beaucoup plus précocement que lorsqu'il s'agit de tumeur mixte parotidienne ou bucco-pharyngée. Le plus souvent, il existe des troubles depuis quelques mois, ou depuis un an ou deux. Pourtant, le malade de OROSCO et QUIROGA faisait remonter le début de l'obstruction nasale à 8 ans environ.

OBSERVATIONS

Au début de cette étude clinique des tumeurs mixtes des fosses nasales, il nous a paru utile de relater les observations qui ont servi de base à notre travail.

Théoriquement, d'après les limites anatomiques des fosses nasales, nous ne devrions considérer que les tumeurs localisées à la cavité, recouverte d'épithélium cylindrique cilié, qui se trouve comprise entre les choanes et le vestibule narinaire.

Mais, pratiquement, on ne peut établir de façon exacte l'origine réelle d'une tumeur que si elle est opérée. L'examen par les voies naturelles, lorsque la tumeur a acquis un certain développement, ne permet de se faire qu'une idée approximative sur l'origine nasale, pharyngée ou sinusale de la néoplasie.

C'est pourquoi notre étude concernera les T. M. qui ont pris naissance dans les fosses nasales ou aux environs immédiats des fosses nasales.

OBSERVATION I

(Observation présentée par MM. GRIVOT et LALLEMANT, à la Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris, le 29 avril 1935).

Homme de 49 ans, mécanicien des chemins de fer, venu consulter pour une obstruction nasale surtout marquée à droite.

Le malade fait remonter le début de ces accidents à environ un an, date à laquelle il a subi par voie nasale, pour une dilatation des bronches, une exploration lipiodolée de son arbre respiratoire. Lorsqu'il est venu consulter il y a environ un mois et demi, sa fosse nasale droite était complètement obstruée, la gauche peu perméable. Au premier examen, M. GRIVOT a trouvé dans le vestibule nasal droit de volumineux polypes muqueux qu'il a enlevés, espérant rétablir ainsi rapidement la respiration de ce côté ; mais, après avoir enlevé un rideau de polypes banaux, il est tombé sur une tumeur bosselée, de coloration rougeâtre, non ulcérée, emplissant toute la fosse nasale et refoulant même à gauche la cloison ; au stylet, elle présente une dureté de fibrome ; elle saigne très facilement et très abondamment au moindre contact, ce qui gêne un peu pour préciser son insertion ; nous croyons néanmoins qu'elle s'implante sur la paroi externe.

La rhinoscopie postérieure ne montre rien d'anormal. Les sinus s'éclairent normalement. Par ailleurs, il n'existe pas de déformation extérieure visible, ni des os propres, ni de la fosse canine, ni de la voûte palatine.

Pas de douleurs véritables, tout au plus une certaine lourdeur de tête prédominant du côté droit, au dire du malade.

La radiographie ne nous apprend pas grand chose. Par

contre la biopsie pratiquée lors du premier examen par M. GRIVOT nous apporte un résultat fort intéressant : « La tumeur est constituée par un tissu conjonctif dense, riche en collagène et en sclérose hyaline, ailleurs œdémateuse, parsemée de travées épithéliales pleines et dépourvues de sécrétions ou de formations épithéliales pseudo-acineuses. L'aspect réalisé est identique à celui des tumeurs dites mixtes observées le plus souvent dans les glandes salivaires ou au voisinage des glandes muqueuses bucco-rhino-pharyngées. Cette tumeur doit être considérée comme un épithélioma d'origine acino-canaliculaire de malignité fort atténuée ».

Pour faire une exérèse aussi complète que possible et éviter ainsi la possibilité d'une récurrence, nous avons pratiqué l'ablation de cette tumeur par voie para-latéro-nasale.

Le malade a été suivi et revu plusieurs fois après l'intervention, il est parfaitement guéri et n'a présenté aucune récurrence.

OBSERVATION II

(Observation présentée par M. J. REBATTU à la Société nationale de médecine et des sciences médicales, le 26 mai 1926).

A... H..., 53 ans, vient me consulter en juillet 1925 parce que, depuis un an, il a la voix nasonnée et s'est mis à ronfler la nuit.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler. Pas de syphilis. Sa femme, bien portante, n'a jamais eu de grossesse. Il n'avait jamais éprouvé de gêne pour respirer avant le début de l'affection actuelle qui remonte à un an.

L'état général est excellent. Il n'accuse aucune dou-

leur. La voix est très nasonnée. Il a constaté qu'il ne respire presque plus du côté droit. Il n'y a aucun écoulement sanguin ou purulent. La déglutition est normale.

La rhinoscopie ne montre rien d'anormal à gauche. Du côté droit, on constate que la moitié postérieure de la fosse nasale est obstruée par une masse arrondie, de surface lisse et régulière, non ulcérée, de teinte rosée, presque complètement immobile pendant les mouvements respiratoires.

On constate à la rhinoscopie postérieure, que cette masse déborde l'orifice choanal qui est complètement obstrué, et repose sur la partie antérieure de la face dorsale du voile ; on la perçoit très bien au toucher bucco-pharyngé.

Cette masse paraît unique. Elle est enserrée entre la cloison et les cornets moyen et inférieur. Le méat moyen paraît libre.

Pas d'adénopathie. Les sinus sont clairs. Rien à signaler du côté de l'appareil oculaire.

Intervention le 20 juillet, sous-anesthésie locale en badigeonnage.

Un serre-nœud muni d'un fil solide est introduit par l'orifice narinaire et parvient à enserrer, non sans difficulté, la formation polypoïde, mais il est impossible d'arriver jusqu'au point d'implantation. Des tentatives énergiques arrivent à désinsérer la masse qui se fragmente en trois parties. Le malade rejette les fragments par la bouche. Une hémorragie assez abondante se produit, mais cesse rapidement.

On constate alors que la tumeur s'insérât immédiatement au-dessous de la partie moyenne du cornet inférieur assez aminci. Il n'en reste aucun fragment. Le cornet moyen est normal, le méat moyen est libre, sans aucun polype.

La masse enlevée présente les dimensions d'un petit œuf aplati, elle n'offre aucunement l'aspect d'un polype banal, sa consistance est ferme, le tissu qui la compose présente une coloration rougeâtre.

Suites opératoires des plus simples.

Examen histologique (J. F. MARTIN). Trois fragments ont été examinés, ils présentent tous trois une constitution analogue.

La surface est constituée par l'épithélium de revêtement (épithélium pluristratifié des voies respiratoires). Audessous, tissu conjonctif très libre contenant des capillaires sanguins et quelques cellules inflammatoires.

Plus profondément, l'aspect change, on retrouve çà et là des glandes séreuses, sans modification dans leur structure, puis, à mesure qu'on gagne la profondeur, apparaît la tumeur, très variable d'aspect suivant les points examinés. Tantôt ce sont des boyaux pleins, anastomosés entre eux et séparés seulement les uns des autres par de très minces travées conjonctives contenant des capillaires ; de ces axes conjonctifs partent des cloisons de refend qui viennent lobuler les boyaux et isoler les cellules les unes des autres ; ces cellules sont polyédriques par tassement, leurs noyaux sont arrondis ou ovalaires avec réseau de chromatine assez dense.

Tantôt les cellules épithéliales deviennent beaucoup plus grosses, s'arrondissent, prennent l'aspect næviforme et le plus souvent sont entourées d'une aréole conjonctive. Si cette transformation se produit au centre d'un boyau primitivement plein, on voit celui-ci se creuser comme d'une lumière centrale dans laquelle tombent ces grosses cellules rondes.

Tantôt enfin, ces blocs épithéliaux se désagrègent et on voit s'effiloche ces cellules qui essaient dans un tissu conjonctif jeune de nature pré-collagène. La substance de soutien augmente progressivement de volume, ces cellules s'isolent, et on passe à des stades correspondant à du tissu chondroïde.

Enfin, en d'autres points, les cellules s'imbriquent en

bulbes d'oignons et se constituent en petits globes épidermiques non kératosiques.

En résumé, il s'agit d'une tumeur mixte ayant vraisemblablement comme point de départ les glandes nasales, avec une double évolution, épidermoïde d'une part, chondroïde d'autre part, avec tous les stades intermédiaires aux glandes normales.

Il ne s'est point produit de récurrence et l'aspect des fosses nasales ne révèle absolument rien d'anormal dix mois après.

OBSERVATION III

(OROSCO et QUIROGA. *Semana medica*, 26 mai 1932).

F... B..., 38 ans, cultivateur, marié, entre à l'hôpital le 27 avril 1931.

Antécédents héréditaires : sans importance. Antécédents personnels : scarlatine et grippe. Paludisme à 20 ans. Aucun antécédent syphilitique ni blennorrhagique.

Histoire de la maladie actuelle. Il y a déjà quelques années (huit ans à peu près) qu'il a remarqué dans la fosse nasale droite la présence d'une tuméfaction qui s'est accrue progressivement sans lui causer plus de gêne qu'un certain degré de difficulté respiratoire, peu appréciable il est vrai car il s'agit d'une obstruction nasale unilatérale. Il attribue son affection à un traumatisme violent qu'il a reçu sur le nez dans une rixe.

L'augmentation de la tumeur se poursuit jusqu'au moment où sa présence imprima des modifications très manifestes de la forme du nez. Arrivé à ce stade, le développement de la tumeur s'arrêta.

Etat actuel : aspect général excellent. Pas de troubles organiques. A l'examen général, rien d'anormal n'attire l'attention.

Localement, à l'inspection, la moitié droite du nez est déformée par une tuméfaction qui efface le sillon nasogénien et s'étend en haut jusqu'au sillon palpébral inférieur, et en bas intéresse toute l'aile droite du nez. La peau de la narine est manifestement épaissie et présente un aspect de peau d'orange.

Dans le vestibule nasal droit, on observe une tumeur facilement visible, car elle fait une légère saillie à l'extérieur de la narine. Cette proéminence est de couleur identique à la peau environnante.

A l'exploration au stylet, la tumeur est de consistance élastique en certains points, et, en d'autres points, on a l'impression d'une dureté marquée, nettement fibreuse. On ne peut pas constater de mobilité, car elle se trouve enclavée dans une fosse nasale qui est plus petite qu'elle.

La respiration est difficile et se fait par la fosse nasale qui est restée perméable à l'air. La voix a acquis un timbre nasillard.

On porte le diagnostic probable de fibromyxome. Opération. Anesthésie locale à la novocaïne. Incision qui suit le sillon nasogénien dans toute son étendue, depuis deux travers de doigt au-dessous de l'angle interne de l'œil jusqu'au bord inférieur de l'orifice narinaire droit. L'incision comprend toutes les parties molles jusqu'à l'os dans la partie supérieure, et, dans la partie inférieure, elle arrive à détacher complètement l'orifice narinaire. On récline ensuite le lambeau vers la ligne médiane, mettant ainsi complètement à découvert la tumeur qui n'est maintenue par aucune adhérence à la peau. Elle est tout à fait libre et on peut voir qu'elle est seulement unie, à sa partie supérieure, aux régions hautes et profondes du nez. En effet, la tumeur ayant été libérée le plus amplement possible, on découvre un pédicule qui s'insère sur la muqueuse du cornet moyen et de la partie haute de la fosse nasale. On procède ensuite à son extirpation après résection préalable de la

partie antérieure du cornet moyen, l'adhérence du pédicule à cet os étant très intime. Hémostase et suture.

Suites opératoires : excellentes. Une semaine après l'intervention, le malade sort, guéri, de l'hôpital.

Anatomie pathologique. Tumeur volumineuse, pédiculée et encapsulée. Poids : 7 gr. 5.

Dimensions : 4 cm. 5 dans le plus grand diamètre. 3 centimètres dans le plus petit.

Aspect : bosselé. Couleur : blanc mat.

Consistance : molle en certains points, ligneuse dans sa plus grande partie.

La coupe présente une certaine difficulté. La surface de section a un aspect qui varie avec les points considérés : des zones blanc mat qui occupent la plus grande partie de la tumeur et correspondent à des formations fibreuses, alternent avec des flots d'un tissu mou, de consistance gélatineuse.

Microscopiquement, on est frappé par la variété très grande des éléments histologiques constitutifs de la tumeur. En effet, en certains endroits, on observe un tissu épithélial distribué de façon irrégulière, alternant avec un tissu conjonctif abondant et serré, au milieu duquel se trouvent des vaisseaux aux parois bien constituées.

En d'autres endroits, on trouve des flots de tissu adipeux. Ailleurs, il existe un tissu aux mailles lâches, parsemé de cellules étoilées, rappelant le tissu myxomateux. En d'autres zones, enfin, on reconnaît des formations chondroïdes.

Cette histologie complexe, dont les différents éléments sont répartis sans ordre, entraîne notre conviction de nous trouver en présence d'une tumeur mixte. Ce diagnostic est confirmé par le fait que la tumeur est entourée d'une capsule formée de tissu conjonctif dense, qui lui donne une limitation précise.

OBSERVATION IV

(F. H. DIGGLE, *Journal of Laryngology and Otology* 1922).

Homme de 62 ans, venu consulter en novembre 1920 pour une tuméfaction de la narine gauche.

Histoire de la maladie. — Parfaitement bien portant jusqu'à il y a huit ans, époque à laquelle il fit une chute et vint heurter son nez contre une barre de fer. Il se produisit une épistaxis, mais aucune gêne ne se manifesta pendant les onze mois suivants. A ce moment, le malade ressentit un certain degré d'obstruction nasale du côté gauche, obstruction qui resta d'abord minime et s'est seulement accrue progressivement depuis quatre ans. En même temps se développait une tuméfaction de la narine gauche.

A l'examen, la narine gauche est complètement obstruée par une tumeur insérée sur la paroi externe, de consistance ferme et présentant l'aspect d'une fraise verte. La tuméfaction s'étend jusqu'au sillon naso-labial. Pas de douleur. Pas d'adénopathie cervicale.

A la diaphanoscopie, le sinus maxillaire gauche paraît normal.

Intervention. — En décembre 1920, je décidai de pratiquer l'exérèse de la tumeur, pensant qu'il s'agissait peut-être d'un fibro-sarcome.

Après avoir sectionné le point d'implantation sur la paroi externe, je découvris que la tumeur était facilement énucléable et pouvait être expulsée par pression extérieure. Il s'écoula très peu de sang et, après l'énucléation, il apparut que l'aire d'implantation de la tumeur était située juste en avant de la tête du cornet moyen. Les restes de la capsule furent facilement enlevés.

La tumeur était dure et de consistance fibreuse à la

coupe. La surface de section était grisâtre dans l'ensemble. Ça et là tranchaient de petits îlots de couleur plus claire et de consistance plus ferme.

Examen histologique. — La tumeur consiste essentiellement en travées ramifiées de cellules épithéliales contenues dans un stroma myxomateux lâche. Une observation plus approfondie révèle des îlots de transformation cartilagineuse. Les éléments épithéliaux sont, pour la plupart, arrondis avec un abondant cytoplasme et un noyau pâle, ovale ou rond.

La structure est exactement celle d'une tumeur mixte du type parotidien.

Le malade, revu en 1922, ne présente aucun signe de récurrence ou de métastase.

OBSERVATION V

(H. N. STEVENSON, *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, juin 1932).

Jeune fille de 14 ans. Antécédents familiaux sans importance. Antécédents personnels : aucune irritation, aucun traumatisme nasal.

Le début de l'affection remonte à un an environ : épistaxis et écoulement muqueux par la narine droite.

Il y a 3 ans environ, apparaît une gêne de la respiration localisée à la fosse nasale droite. Progressivement, cette obstruction se complète. Dans les 2 derniers mois, le nez se tuméfie légèrement, et, par moments, une masse charnue était visible par la narine droite.

Examen : il existe une adénopathie cervicale peu marquée. Amygdales hypertrophiées et laissant sourdre du caséum à la pression. Végétation adénoïdes modérément

développées. Cloison nasale légèrement déviée vers la gauche. Muco-pus dans la fosse nasale gauche.

Dans la fosse nasale droite, on observe, à la rhinoscopie antérieure, une tumeur qui obstrue complètement la fosse nasale et qui descend jusqu'à un centimètre environ de la narine. Cette tumeur est bosselée et soulève quelque peu l'aile du nez.

À la diaphanoscopie, le sinus frontal droit est un peu plus sombre que le gauche. Les sinus maxillaires semblent normaux. La radiographie des sinus montre un sinus maxillaire droit voilé.

Opération. — L'examen sous anesthésie à l'éther montre que la tumeur s'implante sur la cloison nasale. Elle mesure environ 2 cm. 5 × 2 cm. × 1 cm. 5. L'ablation en fut faite au serre-nœud.

La tumeur s'insérait sur le cartilage quadrangulaire et quelque peu également sur le maxillaire supérieur. La consistance de la tumeur était tellement dure que la possibilité de malignité ne pouvait être éliminée.

Afin de faire une ablation aussi complète que possible et d'éviter ainsi toute récurrence, l'opération fut continuée comme suit : une incision verticale fut faite sur la paroi gauche de la cloison comme pour une résection sous-muqueuse. Une incision circulaire sur le côté droit de la cloison, circonscrivant l'aire d'implantation de la tumeur, et résection de la cloison dans la zone correspondante.

Ensuite, on fit une amygdalectomie et les végétations adénoïdes furent curettées.

Examen histologique des deux pièces opératoires.

1^o La tumeur elle-même. Dimensions : 2 cm. 5 × 2 cm. 5 × 1 cm. 5. Consistance ferme ; coloration rose gris ; surface brillante. À la coupe, la surface de section est parsemée d'îlots de couleur blanc bleuâtre et de consistance plus ferme. Au microscope : des amas de cellules épithéliales, des cellules cubiques en disposition glandulaire, des travées

de cellules épithéliales plus primitives ; tous ces éléments épithéliaux sont disséminés dans un stroma riche en collagène. En certains endroits se trouvent des zones d'aspect cartilagineux. Les vaisseaux sanguins sont peu nombreux.

2^o La deuxième pièce opératoire est constituée par le cartilage provenant de la résection de la cloison : ce cartilage sur lequel s'implantait la tumeur est dépourvu de son périchondre. L'examen microscopique des coupes montre un cartilage qui semble normal et un épithélium qui n'a pas été envahi par la tumeur.

La malade est revue 18 mois après l'opération. Il ne s'est produit aucune récurrence.

OBSERVATION VI

(I. F. WEIDLEIN, *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, juin 1936).

La malade, âgée de 53 ans, se plaint d'intenses céphalées frontales et temporales depuis l'enfance, associées à une distension de l'abdomen avec sensation de pesanteur abdominale ; de vomissements à intervalles irréguliers, 2 ou 3 fois par mois depuis 15 ans, vomissements toujours associés à la céphalée et aux douleurs abdominales. Pas de vomissements, mais simplement des nausées dans les 5 mois précédant l'hospitalisation. Un an environ avant son admission, le côté gauche du nez avait augmenté de volume progressivement. Six mois avant l'admission, elle commença à ressentir des douleurs localisées au côté gauche du visage et à la région temporale gauche. En même temps se constituait une obstruction de la fosse nasale gauche qui devint complète. Durant ces 6 mois, elle avait de fréquentes épistaxis par la narine gauche. Une semaine avant son admission, elle commença à souffrir beaucoup du côté gauche

du nez, du visage, de la tête, et à se plaindre de vertiges et de quelques nausées. Elle souffrait aussi beaucoup de l'œil gauche. La moitié gauche du nez présentait une sensibilité légère à la palpation.

Antécédents familiaux sans importance. Antécédents personnels : troubles auriculaires depuis le jeune âge, plusieurs grippes, pendant un an une dyspnée à la montée des escaliers.

C'était une femme d'aspect général floride. Les pupilles étaient égales et régulières, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Les dents étaient en mauvais état : plusieurs couronnes d'or et des plombages.

Localement on palpaît une tuméfaction modérément dure portant sur le côté gauche du nez qui était légèrement sensible. La cloison n'était pas déviée. La narine gauche était toute entière obstruée par une masse arrondie, de consistance ferme. La partie antérieure et inférieure de la tumeur était ulcérée et recouverte de caillots de sang. On notait un petit écoulement blanchâtre sur la paroi postérieure du pharynx.

A la rhinoscopie postérieure, on ne voit aucune masse dans le cavum.

Amygdales petites. Pharynx légèrement infecté. Larynx normal. Pas d'adénopathie cervicale. Les deux tympans sont mats et rétractés. A la transillumination, les sinus frontaux sont clairs, les deux sinus maxillaires sont assombris.

A la radiographie, les sinus maxillaires et frontaux et les cellules ethmoïdales sont brumeux.

Exérèse de la tumeur le 12 octobre 1934.

Compte-rendu anatomo-pathologique : nodule ovoïde de 2 cm. 5 × 1 cm. 5. La plus grande partie de la tumeur a une surface unie et recouverte par une muqueuse qui semble intacte. La tumeur est ferme dans son ensemble et, sur une coupe, se compose de tissu gris, apparemment

fibreux. La tumeur, bien que circonscrite, n'est pas complètement encapsulée.

Au microscope, la tumeur est composée d'une grande variété de cellules, dont la plupart sont fusiformes et sont groupées en masses compactes. Disséminées en foyer à travers la tumeur, se trouvent des groupes de petites cellules cubiques ou polyédriques, formant des réseaux serrés, ou disposés en couronne autour d'une cavité centrale, ou encore réalisant une formation tubulaire. Une substance fondamentale homogène sépare ces différents groupes cellulaires. Les mitoses ne sont pas fréquentes et, malgré le polymorphisme cellulaire, les noyaux sont arrondis et égaux en taille. Il n'y a pas de capsule nette.

Diagnostic : tumeur mixte du type des glandes salivaires.

OBSERVATION VII

(MENZEL, *Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngorhinologie*, 1913).

Le malade, un homme de 37 ans, se plaint depuis six mois environ d'une obstruction de la fosse nasale droite et de douleurs dans la région temporale droite.

Après cocaïnisation de la fosse nasale droite, la rhinoscopie antérieure montre que la choane est obturée par une tumeur bosselée. L'exploration au stylet révèle la consistance extraordinairement ferme de cette tumeur.

A la rhinoscopie postérieure, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, occupant largement la moitié droite du cavum, et constituée distinctement par l'agglomération de plusieurs lobules arrondis dont la grosseur va de celle d'un haricot à celle d'une noisette. Ces lobules ont une surface lisse et sont de coloration rouge pâle. La tumeur ob-

ture complètement la choane droite et une partie de la gauche.

La palpation par le toucher naso-pharyngien confirme la dureté considérable de la tumeur ainsi que son immobilité.

Il semblait déjà évident d'après tous ces caractères, qu'il ne pouvait s'agir que d'une tumeur maligne du naso-pharynx. A cause de la subdivision de la tumeur en lobes sphériques et du caractère lisse de sa surface, l'auteur croyait pouvoir diagnostiquer un carcinome banal.

Une biopsie est pratiquée pour préciser la nature exacte de la tumeur. Voici quel en fut le résultat :

« On voit des cellules épithéliales très serrées, qui forment des amas et des travées. Entre ces cellules épithéliales se trouve un stroma contenant de rares vaisseaux et dont les cellules forment une substance fondamentale muqueuse abondante, se colorant partie en rouge homogène, partie en bleu par l'hémalun. Ces cellules conjonctives présentent fréquemment des prolongements étoilés et prennent ainsi les caractères des cellules muqueuses embryonnaires. Etant donnée cette structure complexe, on conclut qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur mixte du rhino-pharynx ».

MENZEL pratiqua l'exérèse aussi large que possible de la tumeur et traita la plaie opératoire par la radium-thérapie.

OBSERVATION VIII

(MENZEL, *Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngorhinologie*, 1913).

Le malade, un homme de 40 ans, se plaignait d'une obstruction de la fosse nasale droite qui durait depuis 4 ou 5 ans et de douleurs intermittentes dans la joue droite.

A l'examen, on observait une tuméfaction de la joue droite, du pus stagnait dans le méat moyen à droite, et la fosse nasale droite était obstruée par des masses polypoïdes qui remplissaient particulièrement la moitié postérieure du nez. L'existence de cette triade symptomatique oriente l'observateur dès le premier examen vers le diagnostic de tumeur maligne émanant de la muqueuse du sinus maxillaire. Une ponction pratiquée se montra positive.

Pendant l'exérèse, du reste extraordinairement sanglante, de la masse polypoïde, on put constater sa grande friabilité, symptôme qui était très en faveur du diagnostic de tumeur maligne.

L'examen histologique de la pièce opératoire donna les résultats suivants : au-dessous de l'épithélium de la muqueuse pituitaire, se trouvent des cellules cubiques disposées en amas et en réseaux, et dont les noyaux s'écartent fréquemment de la normale en ce qui concerne la forme et la taille, et apparaissent colorées en bleu par l'hémalum. Ces cellules sont séparées les unes des autres par un stroma conjonctif fibroblastique. Par endroits se forment des masses cornées, qui se transforment fréquemment en formations hyalines. Ainsi apparaissent des cavités qui contiennent une substance hyaline amorphe et sont limitées par une ou plusieurs rangées de cellules épithéliales cubiques. Tout autour de ces masses cellulaires qui se développent et s'étendent jusqu'à l'os, se trouvent des éléments lymphatiques et des plasmazellen. Il s'agit donc d'une néoformation épithéliale de la muqueuse pituitaire qu'il faut classer dans le groupe des pseudo-cylindromes à cause de l'existence de ces cavités limitées par des cellules épithéliales et qui rappellent les cylindres hyalins.

La diaphanoscopie avait dès l'abord donné un résultat positif. De même, la radiographie montra que le sinus maxillaire droit était opaque, contrairement au côté gauche qui était normal.

Le traitement approprié semble consister en la résection du maxillaire supérieur gauche.

OBSERVATION IX

(Observation résumée). (DEMBROWSKY, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891).

Tumeur mixte de la fosse nasale, des sinus frontal et maxillaire et de l'orbite, ayant récidivé 3 fois après l'exérèse.

Homme de 45 ans, cultivateur d'aspect florissant, qui a remarqué depuis environ un an et demi une obstruction de sa fosse nasale droite. Cet état s'aggrava progressivement jusqu'à l'occlusion complète de sa fosse nasale droite, il y a un an.

Depuis 10 mois, le malade constatait lui-même la présence d'une tumeur en introduisant un doigt dans sa narine droite.

Il y a six mois, apparition d'une tuméfaction du visage, et de douleurs et d'épistaxis.

Actuellement : tuméfaction du côté droit du visage depuis le front jusqu'à l'aile du nez. Déviation de la cloison vers la gauche. Exophtalmie. Sinus frontal et maxillaire droits opaques à la diaphanoscopie.

Opération : exérèse large.

Première récidive : un an après.

Puis deux autres récidives ultérieurement.

Les examens histologiques restèrent invariables : la structure de la tumeur resta absolument inchangée à chaque récidive : il s'agissait constamment d'une tumeur mixte du type des tumeurs mixtes de la parotide.

SYMPTOMATOLOGIE

Période de Début.

Le début de l'affection est toujours extrêmement insidieux. Il se fait en règle par une obstruction nasale, d'abord très peu gênante. Parfois le malade constate, en outre, un écoulement muqueux ou mucopurulent unilatéral. Ou bien son attention est attirée par des épistaxis. Mais ces épistaxis sont beaucoup moins fréquemment observées que dans le cancer des fosses nasales.

Dans quelques observations, nous avons vu que le malade se plaignait de douleurs peu intenses, soit au niveau de la joue, soit dans la région temporale, ou de céphalée.

Étant donné le peu d'intensité de cette symptomatologie uniquement fonctionnelle, il s'écoule un temps plus ou moins long (quelques mois à plusieurs années) entre l'apparition des premiers troubles et le moment où le malade se décide à venir consulter.

Période d'état.

La respiration nasale n'est gênée que lorsque la tumeur est insérée sur la trajectoire du courant respiratoire, c'est-à-dire principalement au niveau de la

cloison et du cornet inférieur. L'obstruction nasale, d'abord insignifiante, se complète progressivement au fur et à mesure que la tumeur se développe. Mais en général, la gêne respiratoire qu'elle entraîne, reste peu accentuée, du fait de la lenteur de l'accroissement tumoral d'une part, et de l'unilatéralité de l'obstruction d'autre part.

Dans quelques cas, c'est l'apparition d'une tuméfaction qui inquiète davantage le malade : tuméfaction d'une moitié du nez ; soulèvement et écartement de l'aile du nez, si la tumeur descend jusqu'à la narine.

Nous avons vu que les épistaxis sont plus rares que dans le cancer des fosses nasales. Surtout, elles n'augmentent pas de fréquence et d'intensité au cours de l'évolution, comme dans le cancer.

Au même titre que toute tumeur des fosses nasales, les tumeurs mixtes peuvent provoquer des troubles de la phonation par suppression des cavités de résonance. Ces troubles consistent en rhinolalie fermée : les diphtongues et les consonnes nasales sont étouffées, le timbre de la voix est assourdi, nasonné.

Par contre, il n'a été signalé ni troubles auditifs, ni troubles olfactifs, ni retentissement sur l'appareil oculaire, sauf dans l'observation IX. C'est que les tumeurs sont opérées avant d'avoir atteint une extension suffisante pour déterminer de telles répercussions.

Tels sont les symptômes subjectifs qui marquent le développement des tumeurs mixtes au niveau des fosses nasales. Quant à l'état général, il n'est nulle-

ment atteint. La tumeur mixte reste une affection purement locale.

Signes objectifs.

Aspect extérieur.— Dans la plupart des observations, nous avons relevé l'existence d'une déformation du nez : tuméfaction, indolore à la palpation, de la moitié correspondante du nez, pouvant s'étendre à la joue et effacer les sillons nasogénien ou nasolabial ; soulèvement de l'aile du nez, lorsque la tumeur est implantée à un niveau suffisamment bas pour affleurer l'orifice narinaire.

La rhinoscopie antérieure permet de se rendre compte de l'aspect de la tumeur, de son volume, de sa consistance, et de son point d'implantation.

Aspect. — La tumeur est plus ou moins arrondie, parfois presque sphérique, ou globuleuse, parfois allongée en forme d'amande. Sa surface est tantôt régulière et lisse, tantôt mamelonnée, bosselée, les bosselures pouvant répondre à de minuscules formations kystiques.

Elle est en général de coloration rougeâtre, ou seulement rosée, parfois grisâtre. La muqueuse qui la recouvre est sensiblement normale, parcourue de petits vaisseaux. Rarement elle est ulcérée, mais, dans ce cas, l'ulcération n'a pas l'aspect fongueux de l'ulcération cancéreuse, avec sa surface suintante et son odeur particulière ; elle présente au contraire une surface finement grenue de couleur gris-rosé.

Volume. — Le volume est variable suivant la période à laquelle est parvenue l'évolution de la tumeur. Du volume d'une noix ou d'une amande au début, elle peut atteindre des dimensions bien plus grandes et remplir toute la cavité de la fosse nasale.

Consistance. — A l'exploration au stylet, la consistance des tumeurs mixtes est en général très dure, d'une dureté de fibrome ; parfois seulement très ferme. Cette consistance dure peut être uniforme ou variable suivant les points considérés : la tumeur présente alors des zones plus dures, véritablement ligneuses, correspondant à des portions cartilagineuses ; et des points ramollis répondant à des formations kystiques (c'est le cas d'une observation de MENZEL, pour laquelle une ponction fut pratiquée et se montra positive).

L'exploration au stylet détermine rarement un saignement facile et abondant. Les tumeurs mixtes sont des tumeurs pauvrement vascularisées.

Mobilité. — Ce sont toujours des tumeurs mobiles. Toutefois cette mobilité ne peut être mise en évidence, lorsque du fait de son volume, la tumeur est enclavée, bloquée dans la fosse nasale.

Point d'implantation. — Le point d'implantation de la tumeur est variable. Il n'est pas toujours facile à déterminer, soit à cause du volume de la tumeur, soit parce qu'elle saigne au contact de l'instrument,

soit parce qu'elle s'insère dans une région difficile à explorer. On s'aidera de la cocaïnisation, de l'exploration au stylet sous le contrôle de la vue, de la rhinoscopie postérieure, au besoin du toucher nasopharyngien.

Dans les observations que nous avons réunies, la tumeur s'implantait : six fois sur la paroi externe à un niveau variable, sur le cornet moyen, dans le méat moyen, en avant de la tête du cornet moyen, dans le méat inférieur, dans le sinus maxillaire.

— Deux fois sur la cloison au niveau du cartilage quadrangulaire ;

— Une fois sur la choane.

Dans un certain nombre de cas, ce point d'origine de la néoplasie ne peut être précisé qu'à l'intervention, lorsqu'une voie d'abord suffisamment large met à nu la tumeur et donne du jour sur la fosse nasale ; parfois même, en cas de tumeur de volume restreint, extirpée par les voies naturelles, ce n'est qu'après l'exérèse qu'on découvre son aire d'implantation.

On recherchera ensuite l'extension du néoplasme ; on s'efforcera de préciser ses limites, surtout en vue de l'intervention et pour discuter la voie d'abord. Rappelons que, la tumeur mixte étant en règle une tumeur encapsulée, il s'agit de refoulement des régions voisines par l'accroissement tumoral, et non pas d'envahissement par un processus cancéreux.

Nous avons déjà vu, à l'inspection, les déformations extérieures que peut produire une tumeur mixte au

cours de son évolution. Dans l'extension en dehors, la tumeur refoule la paroi externe, donnant une déformation extérieure. En dedans, elle détermine fréquemment une déviation de la cloison. On recherchera l'extension vers la paroi supérieure et les os propres du nez, ainsi que vers la paroi inférieure et la fosse canine. Enfin une tumeur mixte de la fosse nasale peut déborder en arrière, à travers la choane, et pénétrer dans le cavum, ce dont on se rendra compte par la rhinoscopie postérieure et par le toucher nasopharyngien.

L'examen sera toujours complété par l'exploration des cavités sinuses : diaphanoscopie, radiographie, au besoin exploration lipiodolée. En effet, la tumeur peut s'étendre au sinus maxillaire et l'envahir ; mais surtout une tumeur mixte de la fosse nasale peut avoir son point de départ dans la muqueuse du sinus maxillaire. En réalité, cette éventualité est assez rare, et d'autre part, les résultats donnés par la transillumination ou la radiographie peuvent être délicats à interpréter : un sinus clair n'implique pas l'intégrité absolue de sa cavité. Inversement, un sinus sombre peut être l'image d'une cavité sinusale normalement très réduite ; il peut traduire l'existence d'une vieille sinusite caséuse ou le réveil d'une sinusite chronique, dû à l'oblitération mécanique de l'ostium par la tumeur endonasale ; enfin un sinus non envahi peut réagir, par suite de l'absence de ventilation et de l'obstruction des orifices naturels, en épaississant sa muqueuse.

Les ganglions lymphatiques ne sont jamais atteints dans les tumeurs mixtes des fosses nasales : ni adénopathie sous-maxillaire, ni adénopathie cervicale.

Enfin, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse, on sera amené à pratiquer une biopsie. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur de volume réduit, l'exérèse elle-même constitue une biopsie élargie. De toute façon, la biopsie présente un intérêt primordial : car l'anatomie pathologique seule permet d'arriver à un diagnostic et à un pronostic précis. Aidée de l'examen clinique, elle indique la conduite du traitement.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS

L'évolution des tumeurs mixtes des fosses nasales se poursuit lentement. Au fur et à mesure que la tumeur accroît son volume, l'obstruction nasale s'accroît, et des déformations extérieures apparaissent.

Ce sont là uniquement des troubles mécaniques. Le malade vient consulter lorsque ces troubles sont accentués. L'ablation de la tumeur est pratiquée et désormais, c'est une évolution post-opératoire qui est à envisager, c'est un pronostic post-opératoire qu'il convient de porter.

La récurrence post-opératoire est possible ; nous l'avons vu se produire dans une de nos observations. Elle a une cause toute locale ; elle est due à l'excision incomplète de la tumeur. « Dans ces conditions, la reproduction *in situ* de la néoplasie n'est que la continuation du processus pathologique initial. » (BERGER). Aussi l'ablation complète du néoplasme doit-elle être le souci du chirurgien, afin d'éviter une récurrence opératoire.

Si elles ne sont pas opérées de façon aussi précoce, les tumeurs mixtes des fosses nasales continuent leur lente évolution. L'obstruction nasale se complète et

les déformations extérieures s'accroissent. En règle, il n'y a aucune répercussion sur l'état général. On n'observe pas non plus d'adénopathie proche ou éloignée, sauf lorsque la tumeur favorise l'évolution d'un processus inflammatoire surajouté.

Étant donné la parenté anatomopathologique étroite et même l'identité histologique qui rapprochent les tumeurs mixtes des fosses nasales des tumeurs mixtes des glandes salivaires et principalement de la parotide, une question capitale se pose à propos de l'évolution : peut-on observer la dégénérescence maligne des tumeurs mixtes au niveau des fosses nasales comme on l'observe assez fréquemment au niveau de la parotide, — que la dégénérescence relève de la transformation épithéliomateuse des éléments épithéliaux de la tumeur, ou de la transformation sarcomateuse de son stroma conjonctif ?

La dégénérescence maligne ne s'est pas produite dans les observations que nous avons rassemblées. Mais, théoriquement, il semble qu'on puisse admettre la possibilité d'une cancérisation des tumeurs mixtes des fosses nasales. D'autant plus que, pour R. LEROUX, les tumeurs mixtes sont déjà des tumeurs épithéliales, à placer dans le groupe des épithéliomas des parenchymes glandulaires. Les métastases et les envahissements lymphoglanglionnaires des tumeurs mixtes, pour exceptionnels qu'ils soient, n'en existeraient pas moins pour cet auteur.

PRONOSTIC

Quelles considérations concernant le pronostic pouvons-nous tirer des considérations précédentes ?

Le pronostic des tumeurs mixtes des fosses nasales dépend :

— De la rapidité d'accroissement du néoplasme.

— De l'existence d'une capsule plus ou moins nette.

— De l'exérèse complète à l'opération.

Les tumeurs bien encapsulées, à cause de leur plus grandes chances d'ablation complète, offrent le meilleur pronostic. Une ablation incomplète conduit à une récurrence locale, plus ou moins extensive.

En résumé, bien que ces tumeurs soient caractérisées par une croissance lente s'étendant sur des années, elles doivent cependant être considérées comme de véritables épithéliomas. Mais ce sont des épithéliomas de malignité très réduite : car ils sont encapsulés et ne provoquent pratiquement jamais de métastase. Le seul facteur de gravité consiste en la possibilité de récurrence *in situ* en cas d'exérèse incomplète.

DIAGNOSTIC

I. — Le diagnostic positif

Les tumeurs mixtes des fosses nasales posent un diagnostic particulièrement difficile, étant donné l'extrême rareté de pareilles tumeurs dans les fosses nasales. D'autre part, leur symptomatologie, tant fonctionnelle que physique, ne présente rien de bien caractéristique, mise à part toutefois la consistance particulière de la tumeur.

Les malades viennent consulter pour une obstruction nasale unilatérale, à laquelle s'ajoutent parfois des déformations extérieures. Par ailleurs, il n'existe ni adénopathie, ni troubles de l'état général.

A l'examen, on observe une tumeur indolore, tantôt sessile, tantôt pédiculée, recouverte d'une muqueuse d'aspect lisse et généralement non ulcérée, de consistance ferme plus ou moins uniforme.

De l'imprécision du tableau clinique découle l'intérêt primordial de la biopsie : c'est l'anatomie pathologique seule qui permet de faire le diagnostic de tumeurs mixtes des fosses nasales, en révélant la complexité d'une structure histologique absolument

identique à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Le diagnostic se ramène donc en définitive, à un diagnostic histologique.

II. — Le diagnostic différentiel

Faire le diagnostic différentiel complet des tumeurs mixtes des fosses nasales, reviendrait à passer en revue la plupart des tumeurs, bénignes ou malignes, que l'on peut observer dans les fosses nasales. Nous nous contenterons de rappeler que, dans les observations que nous avons rassemblées, le diagnostic d'impression clinique porté par l'observateur fut presque régulièrement celui de tumeur maligne, et que l'erreur ne fut réformée que par la biopsie, ou, quand celle-ci n'avait pas été pratiquée, par l'examen histologique de la pièce opératoire. Dans tous les cas, le compte-rendu anatomopathologique constitue une surprise : on ne pense pratiquement jamais aux tumeurs mixtes en présence d'une tumeur des fosses nasales, à cause de la rareté quasi exceptionnelle de ce type de tumeur dans une telle région.

Schématiquement, les tumeurs malignes des fosses nasales, qu'il s'agisse de sarcomes ou d'épithéliomas, présentent des caractères qui permettent de les distinguer des tumeurs mixtes. D'une façon générale, la symptomatologie est plus riche, plus extensive : l'obstruction nasale s'accompagne volontiers d'une légère anosmie et souvent retentit sur la trompe, entraînant ainsi des bourdonnements d'oreille, une

otite catarrhale. Les épistaxis sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus abondantes au cours de l'évolution, principalement dans le sarcome. La rhinorrhée est constante, rapidement purulente et fétide, d'une fétidité spéciale rappelant l'odeur du sphacèle. En résumé, la triade symptomatique (obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis) se montre plus nette et plus constante dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs mixtes.

De même, les signes physiques sont typiquement différents : tumeur saignant au moindre contact, au moindre nettoyage de la fosse nasale au porte-coton ; ulcération fréquente de la muqueuse, précoce pour les épithéliomas, mais tardive pour les sarcomes, ulcération à bords durs et saillants et à fond sanieux et saignant, bien différente de la rare ulcération mécanique à fond gris-rosé de la tumeur mixte. Quant à l'adénopathie, elle est nulle aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs mixtes.

Enfin, c'est surtout l'évolution rapidement extensive aux régions avoisinantes qui est caractéristique de la malignité du processus. Aussi conçoit-on facilement que le diagnostic soit très difficile à la période de début, avant l'apparition des complications de voisinage, et qu'il faille avoir recours à la biopsie pour faire un diagnostic précis.

Suivant le siège de la tumeur observée, quelques diagnostics particuliers peuvent se poser :

Si la tumeur siège sur la cloison, il faudra éliminer le fibrome saignant, l'adénome, le sarcome dont

nous venons de voir les principaux caractères distinctifs. D'autre part, si la tumeur est petite, on pensera aux granulomes et aux angiomes développés au niveau de la tache vasculaire : ils sont pédiculés, nettement délimités, facilement mobilisables au stylet et très hémorragiques.

Le chancre de la pituitaire, excessivement rare, siège également sur la cloison ; il sera reconnu par sa consistance dure, son adénopathie satellite caractéristique et la présence de tréponèmes à l'ultramicroscope. La gomme de la cloison surtout, bien plus fréquente, est à envisager à sa période d'infiltration : le diagnostic en sera posé par les épreuves de laboratoire, et au besoin, par l'épreuve du traitement antisiphilitique intensif.

En présence d'une tumeur siégeant sur le cornet inférieur, on pourra avoir à discuter une rhinite hypertrophique ou une infiltration gommeuse localisée.

Les antécédents, les lésions organiques associées, apporteront leur contribution au diagnostic d'une tuberculose végétante, d'un tuberculome. Comme toujours en matière de tumeur, la biopsie sera d'un secours précieux.

Si la fosse nasale est envahie par des polypes, on les enlèvera d'abord méthodiquement, car ils peuvent masquer une tumeur maligne ou même une tumeur mixte, comme dans le cas observé par MM. GRIVOT et LALLEMANT.

Enfin, il reste à discuter un diagnostic spécial, celui du cylindrome. En effet, le cylindrome est une va-

riété d'épithélioma qui se rencontre avec prédilection au niveau des fosses nasales. Mais c'est un épithélioma de malignité variable : tantôt, il reste bien encapsulé et de malignité purement locale, tantôt, il devient envahissant et infiltrant. Cette évolution variable explique qu'il soit rangé par certains auteurs dans le groupe des épithéliomas, et par d'autres, en particulier par LEROUX et par la majorité des auteurs allemands, dans le groupe des tumeurs mixtes. Si on adopte cette dernière façon de voir, le cylindrome devient une variété histologique de tumeurs mixtes, et ce n'est plus un diagnostic différentiel qui se pose, mais un diagnostic purement histologique : il s'agit de différencier la forme cylindromateuse de la forme pseudo-cylindromateuse des tumeurs mixtes.

Histologiquement, le cylindrome est constitué par des boyaux cellulaires épithéliaux, plongés dans un stroma mucoïde qui les entoure, ou qui semble creuser ces boyaux de cavités glandulaires. Tout se passe comme si la cellule néoplasique avait subi une inversion de sa polarité fonctionnelle et sécrétait par sa portion basale.

En réalité, le cylindrome ou néoplasme à malignité relative, représente avec les tumeurs mixtes, néoplasmes rares et éminemment curables, les intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes des fosses nasales. D'ailleurs, quelle que soit la classification qu'on adopte, le diagnostic du cylindrome ne peut être fait que par l'examen histologique de la tumeur.

En résumé, pour faire le diagnostic d'une tumeur mixte de la fosse nasale, il faut y penser ; il faut, lorsqu'on est en présence d'une tumeur de la fosse nasale dont le diagnostic ne peut être tranché par le seul aspect clinique, ne pas oublier que malgré leur grande rareté, il existe des tumeurs mixtes de la fosse nasale. En effet, cliniquement, il n'y a pas de signes pathognomiques de tumeurs mixtes et le diagnostic reste une trouvaille de biopsie ou d'examen histologique de la pièce opératoire. C'est pourquoi, nous ne saurions trop insister à nouveau sur l'importance de la biopsie en matière de tumeurs nasales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs mixtes des fosses nasales présentent une constitution histologique absolument identique à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Selon la définition de MASSON, ce sont « des néoplasmes à la constitution desquels prennent part des tissus à morphologie différente, qui s'accroissent ensemble, se continuent même souvent les uns dans les autres de façon à former des complexes qui n'ont leur analogue dans aucun organe normal ». Les tumeurs mixtes sont formées, en effet, par des tissus épithéliaux les plus divers contenus dans une trame conjonctive pouvant revêtir les aspects les plus variés.

Leur second caractère primordial est leur encapsulement : elles refoulent les tissus avoisinants dont les éléments conjonctifs leur forment une capsule.

Nous étudierons successivement :

1^o L'anatomie pathologique macroscopique.

2^o L'histologie pathologique.

Étude macroscopique

Volume. — Le volume des tumeurs mixtes des fosses nasales est variable : du volume d'un petit

œuf dans l'observation de REBATTU, de 2 cm. 5 $\times$ 2 cm. 5 $\times$ 1 cm. 5 dans celle de STEVENSON, de 4 cm. 5 $\times$ 3 cm. et pesant 7 gr. 5 dans l'observation de OROSCO et QUIROGA, de 2 cm. 5 $\times$ 1 cm. 5 dans le cas de WEIDLEIN.

Forme. — En général, ces tumeurs sont arrondies, souvent aplaties transversalement, de coloration rougeâtre ou rosée. Leur surface est lisse, régulière, non ulcérée ; parfois au contraire, irrégulière, bosselée ou même lobulée, cruentée en certains points.

Capsule. — Dans la majorité des cas, ce sont des tumeurs encapsulées. On voit, recouvrant la totalité ou seulement certaines parties de la tumeur, une capsule formée de trousseaux conjonctifs, qui envoie quelquefois des cloisons de refend à l'intérieur de la tumeur.

Consistance. — La dureté des tumeurs mixtes est un de leurs caractères primordiaux : dureté fibreuse, sans élasticité dans la plus grande partie de la tumeur. Cependant il peut exister, en certains points, des zones ramollies. Dans quelques cas, en effet, la tumeur se déchire lors de l'exérèse, obligeant l'opérateur à l'extirper morceau par morceau.

Coupe. — A la coupe, la surface de section est formée dans son ensemble par du tissu de couleur gris-jaunâtre ou blanc mat, ferme, résistant, criant

sous le scalpel en certains points. Ces points, de couleur blanchâtre, presque nacré, sont des formations chondroïdes. La partie grisâtre et ferme de la tumeur, de beaucoup la plus importante, correspond à des formations fibreuses. Elle est parsemée de quelques îlots de tissu mou, de consistance gélatineuse, réalisant des formations pseudo-kystiques qui correspondent à des zones de dégénérescence muqueuse.

Étude microscopique

Les tumeurs mixtes des fosses nasales comprennent deux tissus :

— Le tissu épithélial distribué en masses plus ou moins importantes ;

— Le tissu conjonctif sous toutes ses formes, constituant le stroma.

Bien que ces formations différentes s'intriquent le plus souvent au hasard, nous les étudierons d'abord séparément. Dans un second paragraphe, nous envisagerons les rapports qu'elles présentent entre elles. Nous n'avons pas l'intention toutefois de faire une description minutieuse de l'anatomie des tumeurs mixtes : on trouvera cette question exposée de façon très complète dans les traités classiques et dans le mémoire publié par MM. LEROUX et LEROUX-ROBERT dans les *Annales d'Oto-Laryngologie*, auquel nous ferons de fréquents emprunts au cours de notre description.

I. — TISSUS ÉPITHÉLIAUX

Les tissus épithéliaux forment des travées de dimensions variables, qui conservent plus ou moins les caractères malpighiens : certaines cellules épidermoïdes subissent la kératinisation, d'autres possèdent un appareil filamenteux. Certaines travées s'étirent et leurs cellules revêtent un aspect adamantinoïde. D'autres se décomposent en tubes à contenu muqueux ou colloïde et bordés de cellules à type glandulaire. D'autres enfin prennent l'allure de cellules endothéliales.

Caractère important, « toutes les cellules épithéliales sont régulières, sans difformité nucléaire, à mitoses exceptionnelles ». (MASSON).

LEROUX et LEROUX-ROBERT ramènent les éléments cellulaires épithéliaux à quatre types principaux dont chacun correspond à un groupe déterminé de cellules de la glande normale :

1^o *Cellules cylindro-cubiques éosinophiles*. Ces cellules rappellent les cellules du revêtement interne des canaux excréteurs intralobulaires de la glande normale. Ce sont des cellules assez volumineuses, cylindro-cubiques, franchement éosinophiles, à gros noyau pâle et à protoplasme abondant. Parfois disséminées, elles se groupent en général pour circonscrire une cavité tubulaire qui contient une substance homogène, fortement éosinophile, répon-

dant soit à des fontes cellulaires, soit plutôt à la différenciation sécrétrice de certaines cellules.

2° *Cellules cylindro-cubiques basophiles*. Elles rappellent les cellules de l'assise externe des acini glandulaires normaux et les cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extralobulaires. Elles sont plus petites que les cellules éosinophiles. Leur noyau granuleux est arrondi, leur protoplasme plus pâle et plus abondant. Le plus souvent elles forment des tubes ou des amas pleins. Parfois, elles entourent une couronne de cellules éosinophiles. Plus rarement, elles circonscrivent directement une cavité à contenu éosinophile plus ou moins homogène. Enfin, elles peuvent subir une maturation malphigienne avec formation de globes cornés.

3° *Cellules cylindro-cubiques claires*. Ces cellules ont la même forme et la même taille que les précédentes. Leur protoplasme bourré de vacuoles les fait ressembler aux éléments constitutants des épithéliomas à cellules claires du rein. Elles sont groupées en amas.

4° *Petites cellules foncées*. Ces cellules de petite taille, fusiformes ou étoilées sont très fortement basophiles. Tantôt elles sont situées au milieu des travées de cellules basophiles, tantôt elles s'isolent en plein stroma interstitiel pour revêtir l'aspect d'un chondroblaste encapsulé. Ces petites cellules foncées seraient des éléments basophiles cylindro-cubiques en voie de dégénérescence.

II. — TISSUS MÉSENCHYMATEUX

Il est en règle générale beaucoup plus développé que le tissu épithélial, ce qui explique la bénignité relative des tumeurs mixtes. Il est constitué par du tissu conjonctivo-vasculaire banal. Parfois, il a subi une dégénérescence myxoïde, caractérisée par l'abondance de la substance fondamentale amorphe à réaction muqueuse. En d'autres endroits, il prend un aspect cartilagineux : une cellule arrondie ou ovale s'isole, bordée par une lame de substance fondamentale condensée. Rarement ce cartilage se calcifie pour former du tissu osseux. En réalité, pour LEROUX, il ne s'agirait là que d'un aspect pseudo-cartilagineux trompeur et le contenu des pseudocapsules serait constitué de débris cellulaires épithéliaux et non de cellules vivantes.

Telle est l'étude analytique des éléments constitutifs des tumeurs mixtes. A partir de cette analyse, il est possible d'individualiser un certain nombre de formes architecturales. Voici la classification que proposent LEROUX et LEROUX-ROBERT :

Formes canaliculaires. — La forme végétante intracaniculaire est constituée de cavités irrégulières, dans la lumière desquelles se ramifient de nombreuses végétations. L'aspect général rappelle celui des épithéliomas dendritiques intra-canaliculaires du sein.

Ces végétations, centrées par un axe conjonctivo-vasculaire, sont formées soit de cellules cylindro-cubiques basophiles ou éosinophiles, soit de cellules cylindriques mucipares.

A côté de cette forme intra-canaliculaire, il existe des formes canaliculaires proprement dites dans lesquelles les cellules cylindrico-cubiques se groupent sur une ou plusieurs couches, autour des cavités centrales vides ou remplies de débris cellulaires. Ce sont des tumeurs lobulées dont la lobulation rappelle celle des glandes normales. Le stroma est soit fibroblastique, soit collagène. On distingue :

— une forme canaliculaire lobulée à cellules uniquement éosinophiles, très rare ;

— une forme canaliculaire à cellules éosinophiles et basophiles, une des plus couramment observées ;

— une forme canaliculaire à cellules uniquement basophiles, très fréquente également.

Formes acineuses. — Elles sont caractérisées :

1^o Par l'existence de micro-lobules qui rappellent les formations acineuses ;

2^o Par l'absence ou la rareté des formations canaliculaires ;

3^o Par la transformation mucoïde ou hyaline du stroma avec formation de plages pseudo-myxoïdes et pseudo-cartilagineuses.

Il convient de distinguer :

— une forme alvéolaire à cellules claires, très rare, mais de malignité importante à cause des mi-

toses relativement nombreuses, des récidives fréquentes et des métastases possibles ;

— une forme [pseudo-cylindromateuse, caractérisée par des cavités bordées par des cellules épithéliales basophiles et contenant une substance amorphe (c'était le cas de l'observation VIII) ;

— une forme myxo-chondroïde, la forme la plus banale de la tumeur mixte, contenant des plages pseudo-myxoides et des plages pseudo-cartilagineuses.

Formes acino-canaliculaires. — Ces formes constituent la majorité des tumeurs mixtes. On y trouve, en proportion variable, des zones canaliculaires et des zones acineuses. Dans l'observation de MM. GRIVOT et LALLEMANT, il s'agissait d'une tumeur mixte du type acino-canaliculaire.

Enfin, il faut signaler des formes atypiques et variées :

— forme infiltrée à cellules indifférenciées basophiles, caractérisée par une infiltration diffuse et sans ordre, dans un stroma fibroblastique, de petites cellules basophiles arrondies ;

— forme à cellules étoilées adamantinoïdes ;

— forme à déviation myoïde ;

— forme à déviation malpighienne avec production de globes épidermiques.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des tumeurs mixtes, en général, et des tumeurs mixtes des fosses nasales, en particulier, pose un problème dont la solution reste extrêmement discutée. Son intérêt cependant est de toute première importance : il s'agit, en effet, de définir la signification réelle des tumeurs mixtes, dont dépendent à la fois le pronostic et le traitement.

Nous rappellerons d'abord succinctement les diverses théories que l'on trouve exposées en détail dans les traités d'anatomie pathologique. Nous nous arrêterons plus longtemps à la discussion des théories récemment proposées et notamment à celle de LE-ROUX.

I. — Selon la théorie glandulaire soutenue par l'école française (BERGER, MALHERBE), la présence des deux tissus épithélial et conjonctif est expliquée par la prolifération simultanée des deux éléments normaux constitutifs de toute glande salivaire ou de la muqueuse bucco-rhino-pharyngée.

Les représentants de chaque feuillet blastodermique prolifèrent côte à côte et sont métaplasiques, chacun pour son propre compte. La suppression des

limites conjonctive et épithéliale est due à l'interpénétration des deux catégories épithéliale et mésenchymateuse. A cette théorie, on a objecté que l'encapsulement ne cadre pas avec l'hypothèse d'un développement glandulaire. Car dans toutes les tumeurs à point de départ glandulaire, qu'il s'agisse de tumeur bénigne ou maligne, l'encapsulement fait défaut.

II. — Nous rappellerons seulement pour mémoire la théorie conjonctive, dite théorie allemande de VOLKMANN, qui niait dans la tumeur la présence d'éléments épithéliaux et en faisait un endothéliome. Cette théorie est complètement abandonnée à l'heure actuelle.

III. — La théorie embryonnaire reconnaît dans les tumeurs mixtes la prolifération simultanée de l'épithélium et du tissu conjonctif ; mais le point de départ de cette prolifération serait, non plus dans la glande adulte, mais dans des éléments embryonnaires inclus dans la glande depuis une époque plus ou moins reculée du développement. A un moment donné, ces cellules embryonnaires, en sommeil dans la profondeur des tissus, se développeraient sous des influences obscures. Et le degré de complexité histologique de la tumeur dépendrait du stade auquel le vice de développement se serait effectué. Cette théorie de la dysembryoplasie fut soutenue en particulier par WILMS, HINSBERG et FORGUE.

Le développement embryonnaire du nez est aussi compliqué que celui de la région parotidienne, et il n'est pas illogique d'admettre qu'il puisse se produire des inclusions embryonnaires dans les fosses nasales au cours des remaniements successifs dont cette région est le siège. En particulier, nous avons vu chez l'embryon l'existence de l'organe de Jacobson dans la cloison nasale. Mais le fait isolé d'une tumeur mixte, se développant au niveau de l'organe de Jacobson, apparaît comme une simple coïncidence, sans qu'on puisse affirmer une relation entre ce reste embryonnaire et le développement d'une tumeur mixte.

IV. — A côté de la théorie précédente, nous ne ferons que citer la théorie de la cellule nodale pluripotente de Bard. La cellule nodale, mère d'une glande, fournirait non seulement l'épithélium, mais le tissu conjonctif de la tumeur. Cette pluripotence persisterait indéfiniment dans un certain nombre de cellules fertiles du néoplasme. En réalité, il ne s'agit là que d'une hypothèse difficilement contrôlable.

V. — La théorie branchiale de CUNÉO et VEAU est capable, du fait même de la multiplicité des tissus qui composent l'appareil branchial, d'expliquer la complexité histologique des tumeurs mixtes. Selon cette théorie, la tumeur mixte est un « branchiome », c'est-à-dire le produit d'une évolution vicieuse des arcs et des fentes branchiales. Les tumeurs mixtes

se développent, en effet, le plus souvent dans la région cervico-faciale où les anomalies du développement sont très fréquentes au niveau de l'appareil branchial. Les remaniements embryonnaires de la région seraient la cause de l'hétérotopie. Mais, au niveau des fosses nasales, on peut difficilement invoquer cette théorie branchiale. Et, d'autre part, il existe des tumeurs mixtes dans des régions dépourvues d'arc branchiaux : tumeurs mixtes testiculaires et sacro-coccygiennes.

Après cette rapide revue des différentes hypothèses proposées par les auteurs classiques, nous en arrivons aux théories modernes sur la pathogénie des tumeurs mixtes : la théorie de MASSON et celle de LEROUX, qui ont comme point commun de faire reposer l'explication pathogénique sur des bases histopathologiques.

Pour expliquer la structure des tumeurs mixtes, MASSON reprend la théorie métaplasique ; mais, tandis que les classiques envisageaient la métaplasie séparée de l'épithélium et du conjonctif, MASSON soutient que la métaplasie du mésenchyme et la métaplasie épithéliale sont toutes deux en rapport avec la sécrétion épithéliale. Originellement, une tumeur mixte comporte deux souches distinctes, l'une conjonctive, l'autre épithéliale glandulaire.

La souche conjonctive se transforme en tissu myxoïde et en tissu cartilagineux, soit d'elle-même, soit sous l'action d'une sécrétion épithéliale « due à une

inversion de la polarité sécrétoire des cellules épithéliales ».

La souche épithéliale subit des différenciations multiples où dominant les types glandulaires (excréteurs nombreux, et acineux rares) et le type pavimenteux stratifié. En outre, elle donne naissance, çà et là, à des cellules mésenchymateuses.

Ces transformations se font selon divers modes qu'on peut saisir sur les coupes de tumeurs mixtes. Tantôt, les tissus mésenchymateux et épithélial sont nettement séparés par une lame collagène, comme dans les glandes normales ; tantôt, cette basale disparaît, et les deux sortes de tissus se mélangent et s'intriquent intimement. Les cellules épithéliales d'une travée se disloquent et s'effilochent ; entre elles, apparaît une substance amorphe à réaction mucoïde ; puis, elles s'isolent et s'allongent pour devenir en tous points comparables à des cellules conjonctives disposées dans une masse fibrillaire collagène. Quel que soit le mode de dislocation de la travée, c'est toujours la sécrétion épithéliale qui serait, pour MASSON, à la base du processus.

MOUTIER et REDON vont encore plus loin. Ils pensent que la métaplasie épithéliale seule suffit à rendre compte de la formation des tumeurs mixtes. « La cellule spécifique de la tumeur mixte est une cellule du type embryonnaire douée d'un potentiel indifférencié, c'est-à-dire susceptible de donner les divers épithéliums et leurs déviations complexes, aussi bien que les cellules conjonctives avec tous leurs dérivés. »

Avec ces deux théories, nous nous rapprochons de la théorie soutenue par LEROUX. Pour cet auteur, les tumeurs mixtes ne seraient pas dues à la prolifération bénigne de plusieurs souches tissulaires et il n'est pas nécessaire, pour expliquer l'apparente complexité de leur structure, d'invoquer l'inclusion de reliquats embryonnaires.

Les tumeurs mixtes sont constituées « d'éléments provenant :

1^o De la prolifération du tissu épithélial glandulaire acineux et excréteur normal, métaplasie ou dédifférencié ;

2^o Des modifications que provoque cette néoplasie dans le stroma qui l'entoure ;

3^o Du retentissement secondaire, en véritable cercle vicieux, de cette stroma-réaction importante sur le tissu épithélial ».

Nous allons reprendre successivement ces trois points avec plus de détails.

1^o Nous avons vu, au chapitre de l'anatomie pathologique, que chacun des types de cellules épithéliales, rencontrés dans les tumeurs mixtes et individualisés par LEROUX, correspondait à un groupe déterminé de cellules de la glande normale ou pathologique :

— les cellules cylindro-cubiques eosinophiles correspondent aux cellules eosinophiles du revêtement interne des canaux excréteurs intra-lobulaires d'une glande normale ;

— les cellules cylindro-cubiques basophiles ont

leurs homologues dans les cellules externes des acini glandulaires normaux ;

— les cellules claires correspondraient aux cellules claires des tumeurs du rein et proviendraient d'éléments glandulaires ou canaliculaires anormalement différenciés.

2^o et 3^o *L'interaction épithélio-conjonctive.* — Sous l'influence d'une action ou d'une sécrétion des cellules épithéliales, le tissu conjonctif se modifie. « Il se produit un véritable déséquilibre de l'ensemble tissulaire stroma-épithélium. » On voit disparaître la membrane basale qui sépare le tissu conjonctif des éléments épithéliaux dans la glande normale, preuve d'une véritable rupture d'équilibre épithélio-conjonctif.

Parmi les effets de ce déséquilibre « la disparition fréquente des cellules conjonctives au sein des amas épithéliomateux et la raréfaction vasculaire, constituent les éléments les plus importants qui tiennent sous leur dépendance les autres remaniements de structure du stroma. La disparition des cellules conjonctives laisse désertes des plages de substance fondamentale devenue amorphe, où s'éparpillent, pour y dégénérer finalement, les cellules épithéliomateuses. Celles-ci sont alors petites, foncées, étoilées, plus ou moins nettement anastomosées par des prolongements filiformes. Ainsi se réalise cet aspect dit cartilagineux-embryonnaire non différencié ».

A un degré de plus, on voit des débris cellulaires s'isoler dans un espace clair donnant l'impression

d'une capsule. Ainsi s'est réalisé un aspect pseudo-cartilagineux, mais non pas du cartilage véritable.

En conclusion, on ne trouve dans les tumeurs dites mixtes des glandes cervico-faciales et des muqueuses rhino-pharyngées que les signes de prolifération du tissu épithélial glandulaire, et les modifications que provoque cette néoplasie dans le stroma qui l'entoure. Les tumeurs mixtes, tout en conservant un caractère régional incontestable, seraient donc des épithéliomas et non des tumeurs à souches néoplasiques multiples.

A l'appui de cette théorie de la nature épithéliomateuse des tumeurs mixtes, soutenue par Roger LEROUX, viennent s'ajouter certains faits qui se dégagent de l'étude des tumeurs mixtes des fosses nasales :

— En premier lieu, un fait clinique bien établi : ces tumeurs mixtes récidivent dans certains cas lorsque l'ablation n'a pas été complète ;

— En second lieu, ce sont des arguments anatomopathologiques : tous les intermédiaires ont été trouvés entre ce type de tumeurs histologiquement bénignes et répondant microscopiquement aux plus classiques des « tumeurs mixtes », d'une part, et le groupe des épithéliomas authentiques des fosses nasales d'origine glandulaire muqueuse, d'autre part.

Telles sont les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie des tumeurs mixtes en général.

Si on excepte les théories qui ont été controuvées

par l'unanimité des auteurs, à savoir la théorie conjonctive de VOLKMANN et celle de la cellule nodale pluripotente de BARD, qui apparaît comme une hypothèse incontrôlable, examinons les théories qui restent en présence et demandons-nous en faveur de laquelle viennent militer les arguments tirés de l'étude particulière des tumeurs mixtes des fosses nasales.

Les tumeurs mixtes développées dans les fosses nasales ne sauraient être considérées comme des branchiomes, puisque cette région se forme aux dépens des bourgeons faciaux qui sont tout à fait indépendants de l'appareil branchial.

La théorie embryonnaire, par contre, ne peut être infirmée de façon formelle par le fait de constater des tumeurs mixtes au niveau des fosses nasales. Il s'agit, en effet, d'une région qui est sujette à des remaniements embryonnaires, et seule la relation qui pourrait exister entre des reliquats embryonnaires et le développement de certaines tumeurs mixtes ne peut être vérifiée.

De la théorie glandulaire, nous retiendrons que les tumeurs mixtes des fosses nasales se développent vraisemblablement aux dépens des glandes de la muqueuse pituitaire.

Quant à savoir si, à partir des éléments normaux constitutifs de ces glandes, les métaplasies se font séparément pour l'épithélium et le conjonctif (théorie glandulaire classique), ou si ces deux métaplasies sont en rapport avec la seule sécrétion épithéliale (théorie

de MASSON), ou encore si la métaplasie épithéliale joue le rôle prépondérant au point de faire considérer les tumeurs mixtes comme des épithéliomas (théorie de LEROUX), on conçoit qu'entre ces théories concernant un processus anatomopathologique aussi délicat et aussi intime, nous gardions quelque réserve.

D'ailleurs, qu'on les regarde comme de véritables tumeurs mixtes ou comme des épithéliomas, les tumeurs dites mixtes des fosses nasales restent des tumeurs relativement bénignes, parce que bien encapsulées, non métastatiques et ne récidivant qu'en cas d'ablation incomplète. Et cette dernière possibilité constitue le point noir du pronostic.

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs mixtes des fosses nasales est uniquement chirurgical.

Il est facilité par le fait que les tumeurs mixtes sont en général des tumeurs bien encapsulées.

Il est conditionné :

1^o par la localisation de la tumeur,

2^o par le volume et l'extension de la tumeur.

Un principe fondamental ne doit jamais être perdu de vue : l'exérèse doit être complète pour éviter toute récurrence opératoire.

On n'omettra aucun des soins qui doivent précéder toute intervention sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale :

— Chez la femme, intervenir en dehors de la période menstruelle.

— Remédier aux troubles de la crase sanguine, pour réduire l'importance des hémorragies opératoires.

— Examen des poumons et des appareils cardiovasculaire et rénal avant une intervention sous anesthésie générale.

— Désinfection préalable des fosses nasales.

— Vaccination contre l'infection broncho-pulmonaire.

Diverses éventualités auxquelles correspondent des voies d'abord différentes sont à envisager suivant la localisation et le volume de la tumeur :

1^o *La voie narinaire*

Les tumeurs facilement accessibles et de volume réduit, celles qui s'insèrent par exemple sur la cloison ou sur la paroi externe à sa partie antérieure, seront justiciables d'une ablation au serre-nœud sous anesthésie locale par badigeonnage, tout comme un polype. Au besoin, on complètera l'intervention par une résection sous-muqueuse de la cloison au niveau de l'aire d'implantation de la tumeur.

Pour des tumeurs plus volumineuses, mais encore facilement accessibles par la voie naturelle narinaire, on pourra élargir la voie d'accès en désinsérant au préalable les ailes du nez.

2^o *Les Rhinotomies*

Indications des rhinotomies. — On aura recours à une rhinotomie dans les cas suivants :

- Tumeur implantée dans une région haute ou postérieure des fosses nasales ;
- Tumeur ayant atteint de grandes dimensions ;
- Tumeur avec extension dans le cavum, ou dans le sinus maxillaire ;

- Tumeur implantée dans la région ethmoïdale ;
- Tumeur implantée dans la région choanale ;
- Tumeur à point de départ sinusal (dans le sinus maxillaire le plus souvent).

On interviendra sous anesthésie loco-régionale ou sous anesthésie générale à l'aide de la pipe de DELBET ou de la pipe de TERRACOL-GONI ; — ou encore sous anesthésie locale combinée à une anesthésie générale incomplète au Schleich.

Rhinotomie para-latéro-nasale

Rappelons les temps successifs de la rhinotomie para-latéro-nasale de SÉBILEAU.

1^{er} Temps. — L'incision commence ou finit (selon le côté droit ou gauche) au niveau de l'extrémité interne du sourcil, suit la racine du nez, s'écarte de quelques millimètres de l'angle interne de l'œil, descend le long du sillon naso-génien, contourne l'aile du nez et aboutit à l'orifice narinaire.

Puis les attaches de l'aile du nez sont sectionnées aux ciseaux.

2^e Temps. — Après hémostase, la rugine découvre, en dedans, la ligne de suture des deux os propres sur la ligne médiane, en dehors, la branche montante jusqu'au sac lacrymal, en haut, la ligne de suture fronto-maxillo-nasale et la partie inférieure de la bosse frontale.

On dégage avec prudence le sac lacrymal avec un décolleur insinué dans la gouttière de l'unguis et on le récline en dehors.

3^e Temps. — Résection de l'os propre et de la branche montante.

a) Section sur la ligne médiane de l'os propre avec la cisaille de LISTON.

b) Section oblique de la partie supérieure de la branche montante du maxillaire supérieur avec la cisaille de LISTON, sans léser les voies lacrymales.

c) Section supérieure horizontale, avec le burin et le marteau, de l'os propre et de la branche montante.

Le fragment osseux ainsi circonscrit est enlevé avec le davier de FARABEUF.

4^e Temps. — Toute la fosse nasale est découverte. On peut alors agir, à la demande des lésions, sur la cloison et les cornets, ou sur les cavités accessoires : ethmoïdales, sphénoïdales, des sinus maxillaire et frontal, ou même sur la cavité orbitaire.

Après l'intervention endo-nasale, tamponnement, hémostase et suture des lambeaux cutanés.

Nous avons décrit cette rhinotomie para-latéro-nasale, parce qu'elle permet une ablation large et que c'est en même temps une opération économique et esthétique qui permet de faire une chirurgie à la demande des lésions.

La Rhinotomie trans-maxillo-nasale de MOURE

ne diffère que par quelques détails de la rhinotomie para-latéro-nasale.

3^o *La voie buccale*

Indications : La voie buccale est réservée au traitement des tumeurs insérées sur le plancher des fosses nasales, sur la face nasale du sinus maxillaire, ou sur la partie inférieure de la cloison.

Deux procédés :

— Le procédé de DENKER qui utilise l'incision sous-labiale de l'opération de LUC pour la cure radicale de la sinusite maxillaire.

— Le procédé de ROUGE.

Incision sous-labiale réunissant les deux premières molaires.

Section du cartilage quadrangulaire.

Relèvement de l'auvent nasal, qui découvre aussi largement que possible l'orifice antérieur des fosses nasales.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs mixtes des fosses nasales sont extrêmement rares, si on compare leur fréquence à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

2° De leur rareté résulte la difficulté de leur diagnostic.

3° Elles naissent aux dépens des formations glandulaires de la muqueuse pituitaire. Il semble bien que ce soient des tumeurs épithéliales, à point de départ cylindro-canaliculaire, à placer dans le groupe des épithéliomas des parenchymes glandulaires.

4° Cependant, elles restent des tumeurs à malignité relative, éminemment curables, et représentent ainsi les intermédiaires entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes des fosses nasales. Ce sont, en effet, des tumeurs en général bien encapsulées, non métastatiques, mais présentant la possibilité de récidiver en cas d'exérèse incomplète.

5^o Les tumeurs mixtes des fosses nasales doivent être opérées aussi largement que possible et non par simple énucléation de la masse tumorale, pour éviter la récurrence *in situ*.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*
LEMAITRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARANGER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse*, Paris, 1926.
- BARNES (H. A.). — Malignant tumors of the nasal sinuses (*Archives of Otolaryngology*, 1927, VI, 123).
- CHATELLIER. — Tumeurs mixtes (*Nouveau traité de pathologie chirurgicale*, Migignac, t. I, p. 721).
- CUNÉO et VEAU. — Origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales (*Congrès de chirurgie*, 1900).
- DA COSTA (J. C.). — Modern surgery Edition 8. Philadelphia 1919.
- DEMBROWSKY. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891, p. 385.
- DIGGLE (F. Holt). — Mixed tumors of the mouth and respiratory tract with report of case arising from the anterior nares (*Journal of Laryngology and Otology*, Londres 1922, p. 506).
- FRY. — La structure et l'origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Brit. J. Surg.*, 1927, t. XV, p. 291).
- GRICOUROFF (G.). — Histologie et histogénèse des tumeurs des glandes salivaires (*Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer*, mai 1936, p. 496).
- GRIVOT et LALLEMANT. — Tumeur mixte de la fosse nasale (Observation présentée le 29 avril 1935 à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris et publiée dans les *Annales d'oto-laryngologie*, n° 10, 1935).
- HIROTO (S.). — Sur une tumeur mixte de la fosse nasale (*Ausz.z. otol.*, Tokio. T. XXXVIII, p. 28, 1933). N'a pu être consulté.
- KREILIG (W.). — Über ungewöhnlich gelegene Geschwülste vom Bau der Speicheldrüsenmischtumoren (*Frankfurter Zeitschrift für Pathologie*, 1931).
- KROMPECHER. — Zeigler's Beiträge, *Z. Path. Anat.*

- LANG. — Pathologischen Anatomie und Histologie, t. V, 2^e p., p. 127 (Berlin, Julius Springer, 1929).
- LECÈNE (P.). — Les tumeurs (*Précis de pathologie chirurgicale*, t. I, pp. 329-349).
- LEMAITRE (Yves). — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindroformes. *Thèse*, Paris 1936.
- LEMAITRE, HALPHEN, WORMS. — Oto-Rhino-Laryngologie, t. II. *Maladies des fosses nasales*, 1932).
- LEROUX (R.) et LEROUX-ROBERT (J.). — *Bulletin Association française pour l'étude du cancer*, mai 1934, pp. 304-340.
- LEROUX (R.) et LEROUX-ROBERT (J.). — Les tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales (*Annales d'oto-laryngologie*, n° 2, 1936 pp. 113-166).
- LEROUX (R.), LEROUX-ROBERT (J.) et DILLANGE (P.). — *Bulletin Association française pour l'étude du cancer*, juillet 1933, pp. 490-505.
- LUCIEN (M.). — Différents types de dégénérescence métamorphotique dans les tumeurs épithéliales (*C. R. et mémoires de Société de biologie*, 1930, pp. 1284-1286).
- MARTIN — *International clinic* (4, 1918).
- MASSABUAU. — Tumeurs mixtes salivaires (*Revue de chirurgie*, 1907, t. II, p. 389).
- MASSON (P.). — Tumeurs mixtes (*Diagnostics histologiques* Collection Sergent, p. 167).
- MASSON (P.). — Tumeurs des glandes annexes des muqueuses de la face et du cou (*Atlas du cancer*, 3^e et 4^e fasc., Paris, 1924).
- MEEKER (L. H.). — Tumors of the nose and throat related to developmental defects (*Laryngoscope*, 1929, p. 379).
- MENZEL. — Parotistumor des Nasenrachenraums (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie*, Berlin, 1913, t. XLVII, p. 1034).
- MOUTIER et REDON. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs mixtes parotidiennes. Conclusions chirurgicales (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 1, 1933, p. 44).
- NEW (G. B.). — *Mayo Clinic Reports* (1912-1918).
- OROSCO (G.) et QUIROGA (A.). — Voluminoso tumor mixto del

cornete medio de la nariz (*Semana medica*, 26 mai 1932, pp. 1598-1603).

PORTMANN et RETROUVEY. — Cancer du nez (Doin, édit., 1927).

REBATTU. — Tumeur mixte des fosses nasales (*Lyon Médical*, 19 septembre 1926).

REBATTU et PARTHIOT. — Cylindrome de l'ethmoïde (*Lyon Médical*, 14 octobre 1928).

ROUSSY (G.), LEROUX (Roger), OBERLING (Ch.). — *Précis d'anatomie pathologique*, 1933, t. II, p. 1161).

SCHAEFFER (J. P.). — The nose and olfactory organ., 1920, p. 270.

STEVENSON (H. N.). — Mixed tumor of nasal septum (*Annals of Otolaryngology and Rhinology*, juin 1932, pp. 563-570).

TAYLOR (H. H.). — Note on a tumor of the maxillary antrum (*Lancet*, Londres, 1915, p. 912).

TERRACOL. — Les maladies des fosses nasales, 1936.

VERHOLF. — S. Med. Res., 13.

VIGNAUD et MOURIQUAND. — Tumeur de la parotide d'origine branchiale (*Arch. gén. de Méd.*, 1904).

WEIDLEIM (I. F.). — Mixed tumor of nasal septum : case (*Annals of Otolaryngology and Rhinology*, juin 1936, pp. 574-577).

WILMS. — Die Mischgeschwülste. Heft 3. Leipzig, 1902.

WOOD (F. C.). — Tumeurs mixtes des glandes salivaires (*Annales of surgery*, t. XXXIX, 1904).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 18-6-1937.

